



**WELL CHILD EXAM - EARLY  
CHILDHOOD 18 MONTHS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວຕັກບັນຕົມ: 18 ເດືອນ

ກວດກັນເປັນເປົ້າຂອງຈຸກ	ຊື່ດັກ	ນຳເວົາມາໄດຍ	ວັນທີ
	ອາການຜິດ		ຢາທີໃຊ້ບູ້ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການເຈັບເປັນ/ຖະບັດ/ບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຫຼືອສຸດຫ້າຍ		ມັນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຮູ້ອ່າງ:
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດເວົ້າໄດ້ 20 ຄຳ.		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຍົກມີ "ບາຍບາຍ". <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດຮັດຕາມຄໍາຊັ້ນກຳຈຳຈາຍໆ.
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____	
Screening:		Sleep	
Hearing      N      A		<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure	
Vision      N      A		<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish	
Development: Circle area of concern		<input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral	
Adaptive/Cognitive      Language/Communication		Health Education: (Check all discussed/handouts given)	
Gross Motor      Social/Emotional      Fine Motor		<input type="checkbox"/> Nutrition/Feeding <input type="checkbox"/> Toilet Training <input type="checkbox"/> Safety	
Behavior      N      A		<input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat <input type="checkbox"/> Teeth Care	
Mental Health      N      A		<input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Discipline/Limits <input type="checkbox"/> Child Care	
Physical:		Bedtime Routine	
General appearance      N      A		<input type="checkbox"/> Other: _____	
Skin      N      A		Assessment/Plan: _____	
Head      N      A		_____	
Eyes Cover/Uncover      N      A		_____	
Ears      N      A		_____	
Nose      N      A		_____	
Oropharynx/Teeth      N      A		_____	
Neck      N      A		_____	
Nodes      N      A		_____	
Describe abnormal findings and comments.			
IMMUNIZATIONS GIVEN			
REFERRALS			
NEXT VISIT: 2 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (18 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes      No

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Walks backward.</u>                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 2 body parts ("show me your nose, eyes," etc.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drinks from a cup.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates household chores such as sweeping.</u>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Uses 20 words.</u>                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Understands the meaning of "Get up " or "Sit down."       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 2 blocks.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Scribbles.</u>   |

- Avoids eye contact.
  - Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.
  - No single word by 16 months.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or any of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດເດັກໃຫ້ມີສູຂພາບດີ - ໄວດັກຂັ້ນຕົ້ນ: 18 ເດືອນ WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS (ຮັບດາມຄຳຊັ້ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນຕິນ: 18 ເດືອນ

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 18 ເດືອນ

### ປາກິດການຊີວິດ

ວິທີການຕຶກໂທຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ລະຫວ່າງອາຍຸ **18** ຫາ **24** ເດືອນ.  
ເວົ້າປະກໍາປ່າງນ້ອຍສອງຄຳ.

ກອງຫ້າ ຫລື ທີກ ບລອກ.

ຕະ ແລະ ໂບນບານ.

ເຊັຈອກ, ບ່ວງ, ແລະ ສ້ອນ.

ປະຕິບັດຕາມຄໍາຊັ້ນນໍາສອງ-ຂັ້ນ.

ພະຍາບານຮຽດເສັ້ນຊື່ ແລະ ວົງມິນດ້ວຍສິສີ.

ທ່ານຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານໃຫ້ຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່  
ໂດຍການຫລັ້ນກັບລາວ (ຢືນ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂຶ້ນຸນເຜີ່ມຕົນ

ສຸຂພາບ ແລະ ການຕຶກໂທຂອງດັກ, ການສັກປາກັນ:  
ສາຍການສິ່ງຕໍ່ໄປ ແລະ ຂຶ້ນຸນໃຫ້ແມ່ນີ້ສຸຂພາບສິນບູນ, ໃຫ້ດັກ  
ສິນບູນ, 1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫລື 1-800-833-6388  
(ສາບຄົນເສັ້ນອົງຄະ TTY).

ຄໍາຖານກ່ຽວກັບບ່ອນນັ່ງຮົດ: ການຮ່ວມຍັບຍັງ  
ເພື່ອຄວາມປອດໄພ, 1-800-BUCK-L-UP.

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ໌ແມ່ ຫລື ການສັນບສຸມ: ສາຍຊ່ວຍ  
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫວ່ງຕ່າງໆ  
ດ້ານຄອບຄົວຂອດ ນໍແວ່ສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ  
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ການກວດສຸຂພາບຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງດັກຂອງທ່ານຈະຫ່າງຈາກກັນຕາມທີ່ດັກ  
ຂອງທ່ານໃຫຍ່ຂຶ້ນ. ໃຫ້ທາມນຳທ່ານໜີ ຫລື ພະຍາບານ ກ່ຽວກັບເວລາ  
ທີ່ດີທີ່ສຸດສໍາລັບລາວ (ຊາຍ). ຖ້າທ່ານກ້ຽວິນໃນລະຫວ່າງການກວດ,  
ໃຫ້ໄທຫາເວົ້າເຈົ້າ ແລະ ທາມນຳເວົ້າເຈົ້າ.

ໃຫ້ກວດເບິ່ງ ແລະ ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້ສັກປາກັນທັງໝົດ  
ທີ່ຕ້ອງການສໍາລັບອາຍຸນີ້ແລ້ວ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ຂາດບາງປ່າງ, ໃຫ້ເຮັດການ  
ນັດໝາຍເພື່ອສັກກັນໄດ້ຢໄວ. ລາວ (ຊາຍ) ຕ້ອງໄດ້ສຶກສາທັງໝົດເພື່ອໃຫ້  
ມີຄວາມປັບປຸງກັນທີ່ດີທີ່ພະຍາດຮ້າຍແຮງ.

ການປາກກິນຂອງດັກຂອງທ່ານອາດນ້ອຍກວ່າທີ່ຜ່ານມາ. ໃຫ້ເອົາອາຫານ  
ຖືກສຸຂພາບຫລາຍໆປ່າງໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ກິນ. ປ່ອບໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຕັດສິນໃຈ  
ຈຳນວນຂອງແຕ່ລະອາຫານເພື່ອກິນ. ປ່ານັງຄັບໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ກິນເວົ້າໝົດ.

ແຕ່ລະມີ້ດັກຂອງທ່ານຕ້ອງການນິນສອງຈອກ ຫລື ໄບຕີ ຫລື ເນີບແຂງ  
ສາມແຜ່ນ. ໃຫ້ຫລັກເວັ້ນອາຫານໄຂມັນຕໍ່ຈົນອາຍຸຮອດ **2** ປີ.

### ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ໌ແມ່

ດັກແຕ່ລະຄົນພັນການໄປຕາມວິທີທາງຂອງລາວ (ຊາຍ ຫລື ຢື່ງ) ເຊິ່ງ,  
ແຕ່ວ່າທ່ານຮູ້ຈັກດັກຂອງທ່ານດີທີ່ສຸດ. ຖ້າທ່ານຄືດວ່າລາວ (ຢືນ) ບໍ່ໄດ້  
ພັນການໄປໄດຍທີ, ລາວ (ຢືນ) ກໍສາມາໄດ້ຮັບການກວດໄດ້ບໍ່ຕ້ອງ  
ເສັ້ນຄ່າ. ໃຫ້ໄທຫາ HMHB (ເລກຢູ່ຂ້າງຂ້າຍ) ເພື່ອຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານ  
ຂຶ້ນຄອບຄົວຕາມທ້ອງຖິ່ນ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ການລິ້ນເລື້ອຍໆຮັດໃຫ້ເກີດບາດເຈັບແກ່ດັກອ່ອນ. ພາດັກຂອງທ່ານ  
ໄປບ່າງຫັ້ນທີ່ປອດໄພ. ອອກເອົາບ່ອນມີແນວຮອງ, ຊາຍ, ໄມ້ນຸ່ນ  
ບູ້ກ້ອງເຄື່ອງຫລັ້ນ. ເລືອກເບິ່ງເຄື່ອງຫລັ້ນນ້ອຍທີ່ເໝາະກັບດັກນ້ອຍ.  
ໃຫ້ປູ້ໃກ້ລາວ (ຢືນ) ເວລາລາວ (ຢືນ) ກໍາລັງຫລັ້ນ.

ດັກຂອງທ່ານອາດພະຍາຍາມອອກຈາກບ່ອນນັ່ງຮົດ. ໃຫ້ຫລັກການ  
ປ່ອຍລາວ (ຊາຍ) ອອກ, ບ້ອນວ່າຕໍ່ໄປລາວຈະພະຍາຍາມອີກ ແລະ ອີກ.

- ຖ້າລາວພະຍາຍາມ, ໃຫ້ເວັ້ນແຂງ, ປຸດຮົດ, ແລະ ບໍ່ຍ່ອມເຄື່ອນໄປ  
ຈົນກວ່າລາວ (ຊາຍ) ຮັດສາບຮັດຢູ່.
- ເອົາເຄື່ອງຫລັ້ນອ່ອນໆ, ຂຶ້ນຮູບ ແລະ ດົນຕຣີຮັດໃຫ້ລາວ (ຊາຍ)  
ມ່ວນຊື່ນູ່ໃນຮົດ.
- ທ່ານກໍຮັດສາບຮັດບ່ອນນັ່ງຄືກັນ.